RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Programmes d'aide matérielle

Bilan d'activités 2000-2001

Rapport déposé le 28 décembre 2001

106-06101/

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION
   - 1.1 LE MANDAT 1
   - 1.2 LE CONTEXTE 2
     - 1.2.1 Une gestion régionale 2
     - 1.2.2 Les enjeux régionaux 2

2. LES PROGRAMMES EN GÉNÉRAL
   - 2.1 LE PORTRAIT DE LA DEMANDE 4
   - 2.2 LA SITUATION BUDGÉTAIRE GLOBALE 4
   - 2.3 LA GESTION 5

3. LES AIDES À LA VIE DOMESTIQUE ET À LA VIE QUOTIDIENNE

   - 3.1 LE GUIDE DE GESTION 7
     - 3.1.1. Les principes généraux 7
     - 3.1.2 Les principes de gestion 7
     - 3.1.3 La clientèle couverte 7
     - 3.1.4 Les modalités d'attribution 8

   - 3.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION 8
     - 3.2.1 Le portrait de la demande 8
     - 3.2.2 Le portrait des aides fournies 9
     - 3.2.3 Le portrait de la clientèle desservie 10
     - 3.2.4 L'accès au programme 10
     - 3.2.5 La situation financière 11

   - 3.3 LA GESTION 12

4. LES FOURNITURES POUR LES FONCTIONS D'ÉLIMINATION

   - 4.1 LE GUIDE DE GESTION 14
     - 4.1.1 Les modalités d'attribution 14

   - 4.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION 14
     - 4.2.1 Le portrait de la demande 14
     - 4.2.2 Le portrait des fournitures attribuées 15
     - 4.2.3 Le portrait de la clientèle desservie 16
     - 4.2.4 L'accès au programme 17
     - 4.2.5 La situation financière 17

   - 4.3 LA GESTION 18

TABLE DES MATIÈRES
(SUITE)

5. LES CHAUSSURES ORTHÉTIQUES

5.1 LE GUIDE DE GESTION 21
5.1.1 Les modalités d'attribution 21

5.2 L'ÉTAT DE SITUATION 22
5.2.1 Le portrait de la demande 22
5.2.2 Le portrait des aides fournies 22
5.2.3 L'accès au programme 22
5.2.4 La situation financière 22

5.3 LA GESTION 23

6. OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

6.1 LE GUIDE DE GESTION 24
6.1.1 Les modalités d'attribution 24

6.2 L'ÉTAT DE SITUATION 24
6.2.1 Le portrait de la demande 24
6.2.2 Le portrait des aides fournies 25
6.2.3 Le portrait de la clientèle desservie 26
6.2.4 Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil 27
6.2.5 L'accès au programme 28
6.2.6 L'oxygène de déambulation 28
6.2.7 La situation financière 29

6.3 LA GESTION 30

7. LE FONDS DE SUPPLÉANCE RÉGIONAL

7.1 LE CADRE DE GESTION 32

7.2 L'ÉTAT DE SITUATION 32
7.2.1 Le portrait de la demande 32
7.2.2 Le portrait de la clientèle 33
7.2.3 Le portrait des aides fournies 33
7.2.4 L'accès au programme 33
7.2.5 La situation financière 34

7.3 LA GESTION 34

TABLE DES MATIÈRES
(SUITE)

8. AIDES NON COUVERTES

8.1 LE CADRE DE GESTION 36

8.2 L'ÉTAT DE SITUATION 36
- 8.2.1 Le portrait de la demande 36
- 8.2.2 Le portrait de la clientèle 36
- 8.2.3 Le portrait des aides fournies 37
- 8.2.4 L'accès au fonds 37
- 8.2.5 La situation financière 38

8.3 LA GESTION 38

9. INNOVATIONS 2000-2001

9.1 LOGICIEL DE GESTION DES INVENTAIRES DES AIDES TECHNIQUES ET DE PRÊTS D'ÉQUIPEMENTS 40

9.2 LA MISE EN COMMUN DES AIDES TECHNIQUES : UN PROJET SOUS-RÉGIONAL 41
- 9.2.1 Description sommaire du projet 41
- 9.2.2 Rôle et responsabilités 41
- 9.2.3 La philosophie à la base du projet 42
- 9.2.4 Avenir du projet 42

9.3 RÉPERTOIRE ÉLECTRONIQUE DES AIDES TECHNIQUES 43

10. ANALYSE DES PROGRAMMES

10.1 L'ACCÈS AU FINANCEMENT 45

10.2 L'ATTEINTE DES OBJECTIFS 45
- 10.2.1 Améliorer les services d'attribution et de distribution 45
- 10.2.2 Harmoniser l'attribution et la distribution 45
- 10.2.3 Offrir une meilleure réponse aux personnes 45
- 10.2.4 Simplifier les procédures administratives pour la clientèle et les intervenants 46 46
- 10.2.5 Offrir au MSSS et aux organismes concernés un portrait de la situation 46

REMERCIEMENTS

Nous remercions nos partenaires fiduciaires régionaux pour avoir participé activement aux travaux d'évaluation des programmes «Oxygénothérapie à domicile» et «Chaussures orthétiques».

Madame Francine Mitchell
Chef de service
Service régional de soins à domicile
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Madame Denise Mauger
Directrice des programmes d'aides technologiques
Institut de réadaptation de Montréal

Nous remercions également madame Martyne Audet, ergothérapeute, chargée de projet pour la mise en commun des aides techniques du regroupement des CLSC du Centre-Est et madame Hélène St-Marseille, conseillère au CLSC Pierrefonds dans le cadre de l'implantation du projet «Répertoire des aides techniques» pour leur précieuse collaboration.

Enfin, nous remercions les membres de l'équipe de gestion des programmes d'aide matérielle pour leur contribution inestimable et leur dévouement.

Madame Monique Labrie, technicienne en administration
Madame Francine Lortie, secrétaire-commis senior
Madame Elaine Gagnon, commis-senior

Paul Trahan, conseiller
Gestionnaire des programmes

Benoît Major, ergothérapeute
Conseiller aux établissements

1 INTRODUCTION

En octobre 1998, la gestion de certains programmes d'aide matérielle pour les personnes handicapées au sens de la Loi a été transféré de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les objectifs suivants étaient alors poursuivis[1] :

- Améliorer les services d'attribution et de distribution des aides aux personnes ayant des incapacités ;
- Harmoniser l'attribution et la distribution des aides, par une couverture uniforme, assurée à toute la population handicapée du Québec ;
- Permettre une meilleure réponse aux besoins des personnes ayant des incapacités en s'assurant qu'elles possèdent les aides nécessaires à leur autonomie et leur sécurité ;
- Simplifier les procédures administratives pour la clientèle et les intervenants chargés de l'application du programme ;
- Donner au Ministère et aux organismes concernés par des personnes ayant des incapacités, un portrait des aides fournies, des usagers desservis, des coûts et des mesures à prendre pour corriger des iniquités.
- Le transfert s'accompagnait d'un guide de gestion pour chacun des programmes.

1.1 LE MANDAT

Le présent mandat vise les programmes suivants :

- Programme sur les aides à la vie domestique et à la vie quotidienne ;
- Programme de fournitures pour les fonctions d'élimination ;
- Programme sur l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour les personnes handicapées ;
- Programme de chaussures orthétiques ;
- Le fonds destiné aux aides non couvertes lors du transfert des programmes d'aide matérielle de l'OPHQ ;

auxquels s'ajoute le fonds régional de suppléance pour l'acquisition d'équipements ou de fournitures spéciales nécessaires au retour ou au maintien à domicile.

Le cadre de gestion de chacun de ces programmes prévoit que la Régie régionale évaluera périodiquement le niveau d'atteinte des résultats en rapport avec les usagers visés, les aides fournies et les coûts inhérents.

[1] MSSS (1998), Instauration d'un programme sur les aides à la vie domestique et à la vie quotidienne, p. 4

Le rapport fait suite à consultation des données disponibles à la Régie régionale et auprès de nos fiduciaires régionaux :

- Madame Francine Mitchell, chef du service régional de soins à domicile, Hôpital Maisonneuve – Rosemont ;
- Madame Chantal Cassivi, agente de gestion financière du programme de chaussures orthétiques à l'Institut de réadaptation de Montréal.

1.2 LE CONTEXTE

1.2.1 Une gestion régionale

Plus de trois ans se sont maintenant écoulés depuis le transfert des programmes de l'OPHQ. Originalement, la Régie régionale de Montréal-Centre a pris la décision de favoriser une gestion centralisée pendant une période de transition. Une fois cette décision prise, la Régie régionale de Montréal-Centre s'est donc beaucoup investie dans l'élaboration et la mise en application d'un modèle de fonctionnement pour ces programmes. Cette opération s'est évidemment déroulée dans les premier mois et années suivant le transfert.

La base de données, les critères de priorisation des demandes ainsi que le fonctionnement administratif interne. Le processus menant à l'autorisation des demandes, la vérification de la facturation et la transmission du paiement ont donc tous été élaborés et mis en place durant cette période. Cet exercice visait principalement à assurer *l'efficacité* de la Régie régionale de Montréal-Centre dans ces nouvelles fonctions.

Or, suite à cette opération, le focus de la Régie régionale de Montréal-Centre a changé pour maintenant faire place à une optique *d'efficience* dans sa gestion des programmes. La Régie régionale de Montréal-Centre s'est donc appliquée à peaufiner les différents modes opérationnels qu'elle avait précédemment cogités. Ce changement de focus a favorisé notamment la création d'une banque d'équipements régionale, l'amorce de projets innovateurs tels que le développement d'un logiciel de gestion des inventaires pour les établissements servant aux prêts d'équipements, un projet-pilote de mise en commun des inventaires de plusieurs CLSC et le développement d'un dictionnaire électronique des aides techniques ainsi que la recherche de partenaires dans un but d'évaluation des aides techniques que l'on finance.

1.2.2 Les enjeux régionaux

Il est indiqué dans les différents guides de gestion que le MSSS devait former des comités de suivi du transfert des différents programmes. Malheureusement, ceci ne s'est pas concrétisé à ce jour. En l'absence de ces comités, la Régie régionale de Montréal-Centre a décidé d'adopter une approche proactive pour plusieurs éléments ambigüs, notamment les questions d'admissibilité au programme des fournitures d'élimination. Cette approche de la Régie a donc nuancé certains éléments potentiellement litigieux. La Régie est confiante que ces nuances ont permis de

maintenir une équité pour toute notre clientèle spécialement en termes d'admissibilité.

Aussi, les critères de priorisation des demandes élaborés et rigoureusement appliqués nous ont aussi permis d'être équitable dans nos décisions : en cours d'année, la Régie a placé certaines demandes sur une liste d'attente car même si elles répondaient aux critères d'admissibilité du programme ainsi qu'à un besoin bien justifié, elles étaient jugées non-prioritaires. Certains usagers ont donc attendu plusieurs mois avant d'obtenir les aides techniques qu'ils nécessitaient. Cette situation a créé des impacts difficiles à gérer pour toutes les parties (usagers, intervenants et conseillers). Toutefois, suite à des jeux financiers, nous avons tout de même réussit à boucler l'exercice financier sans liste d'attente. Cette situation met en évidence le besoin primordial d'optimiser l'utilisation des banques d'inventaire des établissements et explique en partie la raison d'être de certains projets récemment initiés par la Régie.

Afin d'assurer la pérennité des programmes d'aides matérielles, le Ministère devra à courte échéance, investir davantage dans les programmes et de façon particulière dans le programme AVQ-AVD. Rappelons simplement que **les besoins de la région de Montréal-Centre pour ce programme se chiffrent à 1,3 M$ annuellement et que le budget accordé est de 521 654 $.**

2. LES PROGRAMMES EN GÉNÉRAL

2.1 *LE PORTRAIT DE LA DEMANDE*

On note que la grande majorité des demandes proviennent des CLSC.

PROVENANCE DES DEMANDES RETENUES							
	AVQ AVD	Fonds de suppléance	Élimination	Aides non couvertes	Oxygéno-thérapie	Chaussures orthétiques	Total
CH	24	7	58	2	953 (2)		1044
CLSC	1391	127	685	22			2225
CR	44		38	227 (1)		205 (3)	514
CHSLD							
Écoles spécialisées			11				11
Autres : divers			11	19			30
TOTAL	1459	134	803	270	953	205	3824

1) Des 227 demandes traitées par les établissements de réadaptation, 224 d'entre-elles impliquent des réparations effectuées aux fauteuils roulants.
2) Hôpital Maisonneuve-Rosemont, fiduciaire régional
3) Institut de réadaptation de Montréal, fiduciaire régional

2.2 *LA SITUATION BUDGÉTAIRE GLOBALE*

Le budget disponible correspond au montant global reçu duquel on a soustrait 10% de frais de gestion pour tous les programmes dont les fonds proviennent du MSSS. Aucun frais de gestion ne sont prévus pour le fonds régional de suppléance.

Les dépenses engagées incluent la révision des autorisations de 1999-2000 et les autorisations de l'année financière 2000-2001.

Programme	Budget disponible	Révision 1999-2000	Dépenses 2000-2001	Surplus ou (déficit)
AVQ – AVD	474 231 $	(19 241) $	1 385 315 $	(891 843) $
Fonds de suppléance	510 000 $	(12 551) $	218 390 $	304 161 $
Élimination	965 487 $	(199 093) $	803 167 $	361 413 $
Oxygénothérapie	631 706 $	62 $	522 252 $	109 392 $
Chaussures orthétiques	149 116 $	$	107163 $	41 953 $
Aides non couvertes	123 385 $	(441) $	102 314 $	21 512 $
Sous-total	2 853 925 $	(231 264 $)	3 138 601 $	(53 412 $)
Autres revenus :				
- Régie régionale de Laval (1)	34 216 $			34 216 $
- Revenus d'intérêts	71 293 $			71 293 $
- Divers	3 543 $			3 543 $
Total	2 962 977 $	(231 264 $)	3 138 601 $	55 640 $

(1) Lors du transfert du programme d'oxygénothérapie à domicile de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont au Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval, tout le parc d'équipement en usage sur le territoire de Laval a également été transféré au CHARL. La somme de 34 216 $ représente la valeur résiduelle de ces équipements.

La révision des engagements financiers de l'exercice antérieur pour les programmes «Fournitures d'élimination» et «Oxygénothérapie à domicile» s'effectue au cours de l'exercice subséquent lors du traitement des réclamations des usagers ou des fournisseurs.

2.3 LA GESTION

La Régie régionale a traité et retenu 3 395 demandes, excluant toutefois les demandes pour les chaussures orthétiques, ces dernières étant traitées par l'établissement fiduciaire, l'Institut de réadaptation de Montréal et les demandes pour les réparations des fauteuils roulants qui sont traitées par les SAT.

- La Régie régionale a consacré une moyenne de quatre postes (contrairement à cinq pour l'année précédente) au traitement des demandes, soit :
  - un ergothérapeute à temps complet ;
  - une secrétaire qui consacre environ 80 % de son temps à ce mandat ;
  - une technicienne en administration à temps complet ;
  - une commis à temps complet.

- De plus, une commis à l'entrée de données fut engagée de façon contractuelle pendant la période plus achalandée de l'année, soit début mars à fin mai (période de renouvellement des demandes de fournitures d'élimination).

- Notons que la période d'embauche de la commis contractuelle s'est terminée près d'un mois plus tôt que l'année précédente.

- L'année 2000-2001 a été marquée par une plus grande stabilité des ressources humaines affectées au traitement des demandes, situation contraire à l'année précédente.

- Nous croyons que cette stabilité explique en partie le fait que la Régie régionale a dû consacré 4 au lieu de 5 postes pour effectuer les mêmes tâches, ainsi que la période d'embauche moins longue de la commis contractuelle.

- La Régie régionale estime que le coût moyen de traitement d'une demande se situe autour de 100 $, ce qui couvre la réception de la demande, l'analyse, l'autorisation, le traitement de la réclamation et le paiement.

- Certaines modifications furent intégrées à notre base de donnée dans le but d'améliorer nos techniques d'archivage et de classification des dossiers, soit entre autres, l'ajout d'éléments nous permettant d'identifier rapidement les dossiers de fournitures d'élimination avec des montants en souffrance.

- Un travail important a été effectué pour standardiser nos procédures dans le traitement des demandes. Ces procédures ont **uniformisé** certains envois périodiques, tels que les lettres avisant les intervenants d'une non-admissibilité à

un programme ainsi que les rappels semestriels pour les équipements en prêt régional.

- De plus, considérant le nombre de demandes identifiées comme étant «urgentes» par les intervenants que nous recevons quotidiennement, nous avons aussi **uniformisé** notre réponse à ces demandes : les demandes que nous reconnaissons comme étant urgentes sont dorénavant répondues par télécopieur une fois par jour, soit en fin d'après-midi. Les demandes reconnues comme étant prioritaires sont répondues par la poste une fois par semaine.

- Une règle ministérielle prévoit la possibilité de transférer jusqu'à 10% du solde d'un programme excédentaire vers un programme déficitaire. Au 31 mars 2001, la Régie a procédé, avec l'accord du MSSS, à un transfert de fonds supérieur au 10% prévu. Le solde des programmes déclarant un surplus a ainsi été transféré vers le programme des aides techniques pour les AVQ-AVD dont le solde d'exploitation était nettement déficitaire. Le solde des crédits régionaux du fonds de suppléance y était également réaffecté. Ces mesures ont permis de finir l'année 2000-2001 sans liste d'attente pour les programmes AVQ-AVD, fournitures d'élimination, chaussures orthétiques, oxygénothérapie de même que pour le fonds régional de suppléance.

- Les aides techniques et les équipements achetés par les divers programmes transférés de l'OPHQ s'adressent exclusivement aux personnes qui répondent à la définition de personne handicapée selon la Loi. Lors de leur retour dans les établissements ou chez le fiduciaire dans le cas du programme d'oxygénothérapie à domicile, ces appareils sont généralement intégrés au parc d'équipement de l'établissement et se trouvent disponibles pour l'ensemble de la clientèle. Les titres de propriété ayant été transférés à l'établissement, ce dernier est responsable de la valorisation et de la réattribution des aides techniques et équipements de son parc. Plusieurs établissements font le choix d'utiliser les aides ainsi récupérées en fonction du besoin identifié, peu importe que l'usager soit considéré comme une personne handicapée ou non au sens de la Loi.

3. LES AIDES À LA VIE DOMESTIQUE ET À LA VIE QUOTIDIENNE

3.1 LE GUIDE DE GESTION

Le guide de gestion définit des principes directeurs mais ne formule aucun objectif de résultats.

3.1.1 Les principes généraux

Les principes généraux du programme sont énoncés dans le guide de gestion et se résument comme suit :

- Accessibilité, universalité, gratuité ;
- Équité régionale ;
- Enveloppe fermée ;

3.1.2 Les principes de gestion

Pour ce qui est de la gestion du programme, le cadre de gestion retient les principes suivants :

- Gestion centralisée au niveau régional ;
- Évaluation périodique ;
- Frais de gestion de l'ordre de 10% ;
- Processus d'évaluation et de recommandation dissocié de la décision de financer ;
- Propriété publique de l'aide technique.

3.1.3 La clientèle couverte

Le guide de gestion définit comme suit la clientèle visée :

Le programme s'adresse aux personnes qui présentent une déficience motrice, organique ou intellectuelle et qui répondent à la définition légale énoncée à l'article 1, paragraphe g) de la Loi sur l'exercice des droits des personnes handicapées.

«Toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une aide technique.»[2]

[2] Guide de gestion article 4.1.1

3.1.4 Les modalités d'attribution

- L'attestation médicale de la déficience est requise une seule fois et détermine l'admissibilité.
- L'évaluation des besoins de la personne est faite par l'ergothérapeute ou son substitut.

Ces critères d'attribution sont interprétés de façon souple. La Régie régionale de Montréal-Centre considère l'attestation de la déficience par un intervenant professionnel comme étant suffisante. Quant à l'évaluation des besoins, nous acceptons qu'elle soit faite par tout professionnel de la santé ou de la réadaptation du réseau public.

Le cadre de gestion définit quelques principes d'attribution qui se résument comme suit :

- Évaluation globale des besoins et des ressources ; s'inscrire dans le processus d'adaptation / réadaptation ;
- Aide la plus fonctionnelle et la moins coûteuse ;
- Traitement rapide de la demande ;
- Mise en place d'un mécanisme de gestion du parc d'aides techniques.

3.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION

3.2.1 Le portrait de la demande

Au cours de l'exercice financier 2000-2001, le programme a accepté 1469 demandes soit (86,7 %) des 1694 demandes formulées, comparativement à 1287 demandes acceptées sur 1857 demandes formulées en 1999-2000. Nous avons donc accepté 14,1% de demandes de plus que l'exercice précédent même si 163 demandes de moins ont été formulées. Nous observons que nous avons refusé/annulé moins de demandes que l'an passé (60,5% de moins) et cette diminution s'explique en grande partie par 2 postes : «demandes refusées car l'équipement est déjà prêté par le CLSC» et «demandes annulées suite à l'absence de suivi de l'établissement».

AVQ – AVD TRAITEMENT DES DEMANDES	
Acceptées	**1 469**
Refusées	**89**
Usager non admissible	10
Aide technique non admissible	14
Autre financement	29
Prêt du CLSC	29
Autres	7
Annulées	**136**
Annulées par l'établissement	68
Autre financement	0
Décès de l'usager	16
Hébergement de l'usager	13
Pas de suivi de l'établissement	30
Autres	9

Les demandes retenues provenaient en très grande majorité (95%) des CLSC, ce qui est quasi identique à l'an passé.

AVQ – AVD PROVENANCE DES DEMANDES	
CLSC	1 391
Centres de réadaptation	44
Centres hospitaliers	24
CHSLD	0
Écoles spécialisées	0
Total	**1 459**
Source	

3.2.2 Le portrait des aides fournies

Les données proviennent de 1770 demandes documentées sur la base de données de la Régie. On notera qu'une demande peut viser plus d'un article.

TYPES D'AIDES FOURNIES AVQ – AVD	
Aides utilisées dans la salle de bain	517
Aides utilisées dans la chambre à coucher	767
Aide aux transferts	227
Aide à la posture et au changement de position	77
Aides utilisées dans la cuisine	52
Aide pour les soins personnels	35
Aide pour la préhension	30
Aide à l'habillage	18
Aide à la signalisation	29
Aide pour l'alimentation	14
Aides ayant trait à la personne	2
Équipement de surveillance et de diagnostic	2
Total	**1770**

Il est important de noter que 85,4% des aides fournies sont soit pour la salle de bain, la chambre à coucher ou pour les transferts. Nous croyons que les critères de priorisation qui ont été appliqués et qui sont détaillés plus loin dans ce rapport expliquent cette donnée.

3.2.3 Le portrait de la clientèle desservie

La clientèle desservie se compose de personnes de tous les groupes d'âge.

AVQ – AVD RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants (0-17)	88
Adultes (18-64)	582
Personnes âgées (>65)	789
Total	**1459**

Il est important de noter que sur les 172 demandes de plus qui ont été acceptées au cours de l'exercice 2000-2001, 77,9% de celles-ci ont été attribuées aux personnes âgées.

3.2.4 L'accès au programme

La Régie applique rigoureusement quatre critères d'admissibilité des demandes :

1. L'usager doit résider sur l'île de Montréal et demeurer à domicile ou dans une résidence de type familial.

2. L'usager doit être une personne handicapée au sens de la Loi, excluant ainsi les personnes dont l'incapacité n'est pas jugée significative et persistante, notamment les personnes en phase terminale ou pré-terminale et les personnes en convalescence.

3. Le demande doit viser une aide couverte ou catégorie d'aide dans la liste accompagnant le guide de gestion. Certains ajouts à cette liste sont prévus, suite au processus de révision du guide de gestion. Ces modifications seront expliquées par la Régie régionale de Montréal-Centre au cours de la session d'information que nous prévoyons tenir.

4. La personne ne doit avoir accès à aucune autre source de financement public ou privé comme le LAAA, la CSST, la SAAQ, l'IVAC, la RAMQ, la Sécurité du revenu ou un régime d'assurance personnel. Dans ces deux derniers cas, la Régie peut défrayer la partie non couverte par le premier agent payeur

Certaines demandes se situent aux limites de ces définitions et mettent les conseillers décideurs au défi d'être équitables pour l'ensemble de la clientèle dans leurs décisions.

Étant donné que le budget disponible ne permet pas de répondre immédiatement à toutes les demandes, seules celles qui visent un besoin urgent et prioritaire sont traitées, les autres sont mises en liste d'attente en vue d'un développement budgétaire.

Une lettre adressée aux établissements a précisé les critères utilisés pour identifier les demandes prioritaires.

Les paramètres suivants guident le traitement des demandes prioritaires :

- *L'équipement est requis pour le retour à domicile de l'usager ;*
- *La santé de l'usager est compromise (ex. risque d'hospitalisation) ;*
- *La sécurité de l'usager et des aidants est menacée (ex. : transferts non sécuritaires requérant l'utilisation d'un lève-personne) ;*
- *L'absence d'équipement entraîne une augmentation de certains services requis à domicile (ex. : soins infirmiers pour traitement de plaies) ;*

Les demandes urgentes ou prioritaires sont traitées dans un délai de 24 heures à une semaine. Par contre, certaines demandes acceptées parce qu'elles répondent aux critères d'admissibilité mais jugées non prioritaires, peuvent attendre plusieurs mois, selon les disponibilités budgétaires. Il est à noter qu'au 31 mars 2000, la Régie régionale de Montréal-Centre ne comptait aucune demande en attente.

3.2.5 *La situation financière*

Les demandes acceptées représentent un engagement de fonds de 1 366 074 $.[3]

On note que le budget du programme AVQ – AVD est très largement déficitaire.

AVQ – AVD SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	1 366 074 $
Budget reçu du MSSS	521 654 $
Frais de gestion	(47 423 $)
Budget disponible	474 231 $
Déficit	891 843 $

Il est important de mentionner que la location et/ou l'achat de surfaces thérapeutiques (curatives et préventives) représentent 591 637,70 $, soit 43,3% de l'engagement de fonds total. Notons que ce volet représente à lui seul un montant supérieur au budget disponible du MSSS.

[3] RRMC : Tableau 4 : Répartition des dépenses et nombre de demandes selon le type d'établissement et le type d'équipement, 1er avril 1999 au 31 mars 2000.

3.3 LA GESTION

L'ergothérapeute en place depuis le transfert de l'OPHQ a quitté son poste et a été remplacée par un nouvel ergothérapeute qui a bénéficié de l'expertise développée par la conseillère pendant une courte période de 4 semaines. Ce changement a causé un requestionnement de certaines procédures internes. Nous avons modifié les procédures d'archivage des dossiers, le mécanisme de traitement de la demande menant à l'envoi de la lettre d'autorisation à l'établissement pour augmenter l'efficacité du personnel à l'interne. Toutefois, nous croyons que ce changement s'est effectué sans trop de heurts pour le réseau.

Il est important de noter que 172 demandes de plus qu'à l'exercice financier précédent ont été acceptées lors de cet exercice financier et que 77,9% de ce nombre ont été attribuées aux personnes âgées. Or, au cours des derniers mois, le MSSS a procédé à une révision des différents programmes. Suite à cette révision, il ressort des visions différentes de la part de certaines régions notamment au niveau de l'admissibilité des personnes âgées en perte d'autonomie. Un guide de gestion révisé doit être publié par le MSSS au cours des prochains mois. Par la suite, la Régie régionale de Montréal-Centre prévoit tenir une session d'information pour les intervenants sur les changements au guide. De plus, l'ajout de nouveaux équipements admissibles à ce programme est à prévoir.

Nous constatons que les intervenants formulent beaucoup moins de demandes que les années antérieures lorsqu'un prêt d'équipement de l'établissement est en vigueur. Depuis le transfert de l'OPHQ, la Régie régionale de Montréal-Centre a demandé aux établissements de prêter aux usagers, même à long terme, des équipements qu'ils possèdent dans leur banque d'inventaire, étant donné que ces équipements ont déjà été subventionnés par des programmes étatiques dans le passé. Cette pratique a rencontré beaucoup de résistance et a été difficile à implanter dans les établissements. Toutefois, nous croyons que le fait que la Régie régionale de Montréal-Centre ait catégoriquement refusé toutes les demandes de subvention où un prêt d'équipement était en vigueur a contribué à cette amélioration.

- Les gestionnaires du programme devraient considérer la pertinence de recourir aux achats en commun pour les aides techniques les plus couramment achetées. Des démarches en ce sens ont été amorcées et se poursuivront dans les prochains mois.

- Nous constatons des problèmes d'arrimage avec plusieurs autres agents payeurs : LAAA, SHQ et Aide Sociale. La Régie régionale de Montréal-Centre a entrepris des représentations auprès du MSSS et de ces agents payeurs pour trouver des solutions à ces problèmes d'arrimage.

- La venue de nouvelles technologies sur le marché a mis en lumière une lacune importante du programme, soit la possibilité de procéder à l'évaluation d'aides techniques avant d'en financer l'achat. La Régie régionale de Montréal-Centre a sollicité quelques organismes qui pourraient procéder à l'évaluation de ces nouvelles aides techniques. Les pourparlers se poursuivent.

- Depuis le transfert des programmes, la Régie régionale de Montréal-Centre a conservé la gestion de certains équipements, notamment les équipements très spécialisés ou très rares comme les surfaces thérapeutiques, les lits d'hôpitaux hors-standard, bancs de transfert coulissants, sièges auto-souleveurs ainsi que les équipements pour obèses. Le nombre d'équipements gérés de cette façon est approximativement de 225 pièces d'équipement différentes. Considérant la quantité d'équipement en gestion régionale et la venue de regroupement d'inventaires des CLSC, la Régie régionale de Montréal-Centre devra se positionner face à la problématique de l'inventaire dans la gestion de cette banque régionale d'équipements.

- La Régie régionale de Montréal-Centre est grandement préoccupée par la problématique budgétaire concernant les besoins grandissants de la population en terme de surfaces thérapeutiques et prévoit se pencher sur cette situation dans les prochains mois pour évaluer les différentes avenues possibles (contrat d'exclusivité, critères d'admissibilité plus serrés, constitution d'une flotte plus importante visant à réduire les coûts de location).

4. LES FOURNITURES POUR LES FONCTIONS D'ÉLIMINATION

Malgré son appellation restrictive, ce programme finance également les fournitures liées aux soins de trachéotomie et aux soins de la peau.

4.1 LE GUIDE DE GESTION

Les principes énoncés dans le cadre de gestion du programme de fournitures pour les fonctions d'élimination sont identiques à ceux qui sont énoncés dans le programme d'aides à la vie domestique et à la vie quotidienne.

4.1.1 Les modalités d'attribution

- Une attestation médicale de la déficience décide de l'admissibilité au programme.

- Une attestation annuelle de l'incapacité est soumise par un professionnel de la santé ou de la réadaptation, plus particulièrement une infirmière ou un infirmier, tel que mentionné dans le guide de gestion.

Ces critères d'attribution sont interprétés de façon souple. L'attestation de la déficience par un intervenant professionnel est jugée suffisante sauf dans les cas litigieux, soit lorsque l'origine diagnostique de l'incontinence n'est pas précisée et qu'elle est déterminante pour établir l'admissibilité de l'usager.

Quant à l'évaluation annuelle des besoins, la Régie régionale de Montréal-Centre accepte qu'elle soit remplie par tout professionnel de la santé ou de la réadaptation. Toutefois, le fait que les demandes, de façon majoritaire, ne soit pas remplies par les professionnels ciblés dans le guide de gestion, soit les infirmiers (ères), a occasionné plusieurs démarches additionnelles pour les conseillers. Une lettre a donc été envoyée au début du nouvel exercice financier pour solliciter une plus grande participation des infirmiers (ères) dans la rédaction de ces demandes.

4.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION

4.2.1 Le portrait de la demande

Au cours de l'exercice financier 2000-2001, le programme a accepté 803 demandes, soit 86,9% des 924 demandes formulées.

FONCTIONS D'ÉLIMINATION TRAITEMENT DES DEMANDES	
Acceptées récurrentes 793 Acceptées non-récurrentes 10	**803**
Refusées	**89**
Usager non admissible	61
Autre financement	22
Autres	6
Annulées	**32**
Décès de l'usager	12
Hébergement de l'usager	3
Pas de suivi de l'établissement	12
Autres	5

Le programme compte en tout temps environ 800 dossiers actifs. On note que l'attrition au programme est moindre de moitié relativement à l'an passé soit 32 dossiers en 2000-2001.

FONCTIONS D'ÉLIMINATION PROVENANCE DES DEMANDES	
CLSC	685
Centres hospitaliers	58
Centres de réadaptation	38
Médecins	11
Écoles spécialisées	11
Total	**803**

Les demandes retenues provenaient en grande majorité des CLSC.

4.2.2 *Le portrait des fournitures attribuées*

Pour le volet récurrent, les données proviennent de 803 demandes documentées. Les aides fournies visent majoritairement les fonctions d'élimination vésicale et intestinale. On notera qu'une demande peut viser plusieurs catégories d'articles.

FONCTIONS D'ÉLIMINATION - VOLET RÉCURRENT FOURNITURES ATTRIBUÉES	
Culottes d'incontinence	704
Vidange vésicale par cathétérisme intermittent propre	144
Drainage vésical par sonde à demeure ou par cathéter externe	110
Irrigation vésicale	100
Vidange intestinale	80
Soin de la peau	27
Appareil pour personne stomisée	22
Trachéostomie	5
Fournitures pour appareil à succion	10
Équipements médicaux spécialisés (Appareil à succion)	9
Total	**1 211**

Nous notons que le pourcentage de demandes traitant des culottes d'incontinence est sensiblement identique à celui de l'an passé (58%).

Pour le volet non récurrent, les données proviennent de 10 demandes documentées. On notera qu'une demande peut viser plusieurs catégories d'articles.

FONCTIONS D'ÉLIMINATION - VOLET NON-RÉCURRENT FOURNITURES ATTRIBUÉES	
Culottes d'incontinences (couches)	2
Appareil à succion	3
Irrigation vésicale	0
Vidange vésicale par cathétérisme intermittent propre	2
Appareil pour stomisé	0
Drainage vésical par sonde à demeure ou par cathéter externe	3
Total	**10**

Les demandes traitées dans le cadre du volet non-récurrent sont plus rares et représentent des aides techniques à être défrayées une seule fois (ex : valve électrique pour sonde à demeure). Les appareils à succion représentent 30% de ces demandes. Il est important de noter que ces usagers ne sont pas admissibles au programme d'oxygénothérapie mais ont des besoins souvent très précis (ex : personne avec un diagnostic de Sclérose Latérale Amyotrophique avec atteinte bulbaire créant des problèmes de déglutition). Cette aide technique a été traitée dans le programme de fournitures d'élimination alors qu'elle ne figure que sur la liste des équipements couverts en oxygénothérapie. Des représentations au MSSS ont été faites et nous sommes confiants que cette situation sera corrigée lors de la parution des guides de gestion révisés.

4.2.3 Le portrait de la clientèle desservie

Le programme dessert tous les groupes d'âge.

ÉLIMINATION – VOLET RÉCURRENT RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants (3-17)	293
Adultes (18-64)	185
Personnes âgées (>65)	315
Total	**793**

Nous observons une augmentation de 85 dossiers comparativement à l'an passé pour la clientèle des personnes âgées. Le nombre de demandes pour les clientèles adulte et enfant est sensiblement identique.

ÉLIMINATION – VOLET NON - RÉCURRENT RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants (3-17)	3
Adultes (18-64)	5
Personnes âgées (>65)	2
Total	**10**

4.2.4 *L'accès au programme*

La Régie applique rigoureusement quatre critères d'admissibilité au programme :

1. L'usager doit résider sur l'Île de Montréal et demeurer à domicile ou dans une résidence de type familial.

2. Les incapacités de l'usager doivent être significatives et persistantes, excluant ainsi les personnes en phase terminale ou pré-terminale ainsi que les personnes en convalescence ou présentant un problème réversible à court ou moyen terme. Sont également exclues du programme les personnes dont le diagnostic entraînant l'incontinence ne les rend pas handicapées au sens de la Loi, par exemple les usagers atteints de cancer de vessie, de prostatisme ou de cystocèle («descente de vessie»). Au cours des derniers mois, un comité du MSSS s'est penché sur ces critères d'admissibilité dans le but de clarifier ces situations. Le guide révisé devrait aussi clarifier certains litiges quant à la consommation minimale requise pour être admissible au programme.

3. La demande doit viser une aide couverte dans la liste accompagnant le guide de gestion.

4. La personne ne doit pas avoir accès à aucune autre source de financement public ou privé comme la CSST, la SAAQ, l'IVAC, la Sécurité du revenu, la RAMQ ou une assurance personnelle. Dans ces deux derniers cas, la Régie défraie la partie non couverte par le premier agent payeur.

Les limites des critères d'admissibilité suscitent de nombreuses discussions avec les établissements. Nous espérons que les récentes représentations au MSSS auront clarifié plusieurs de ces litiges, notamment en ce qui a trait à la consommation minimale pour être admissible au programme.

Le programme ne compte aucun dossier en attente et les nouveaux dossiers admissibles sont admis au programme sans délai. De plus, nous avons modifié les pratiques internes de sorte que nous admettons maintenant les nouveaux usagers au programme à tous les 15 jours au lieu d'une fois par mois.

4.2.5 *La situation financière*

Le programme comporte deux volets pour lesquels les sommes engagées sont respectivement de:

- Volet récurrent **603 455 $**
- Volet non récurrent **619 $**

FOURNITURES D'ÉLIMINATION SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	604 074 $
Budget reçu du MSSS	1 062 036 $
Frais de gestion	*- 96 549 $*
Budget disponible	965 487 $
Surplus	361 413 $

Le programme dégage un important surplus budgétaire. Nous vous référons au chapitre suivant pour mieux saisir la dynamique de gestion.

Une partie du surplus a été réaffectée au programme AVQ-AVD afin de compenser le déficit de ce dernier.

4.3 LA GESTION

En 2000-2001, le programme a compté en tout temps environ 800 dossiers actifs, ce qui représente une augmentation de 8,8%, soit environ 65 dossiers et ce, malgré l'attrition de 32 dossiers. Pour les personnes âgées, l'augmentation fut de 85 dossiers. Le nombre de demandes pour les clientèles adulte et enfant est sensiblement identique.

Nous notons que le pourcentage de demandes traitant des culottes d'incontinence est sensiblement identique à celui de l'an passé (58%).

La gestion du programme de fournitures d'élimination est coûteuse. En effet, l'analyse des demandes est complexe et le traitement des réclamations requiert beaucoup de temps en raison de la quantité et de la qualité des pièces justificatives fournies. De nombreuses démarches sont parfois nécessaires auprès des intervenants ou des fournisseurs pour clarifier les situations ambiguës. Nous croyons toutefois qu'avec l'expérience et l'historique sur une période de 3 ans de la consommation de chaque usager à partir des pièces justificatives fournies depuis le transfert de l'OPHQ, nous sommes maintenant en mesure d'octroyer des subventions qui sont beaucoup plus proches des sommes réellement dépensées.

Le nombre de dossiers dégageant des montants en souffrance, c'est-à-dire que le total des pièces justificatives fournies est inférieur à l'avance monétaire (représentant 50% de la subvention annuelle), octroyée au début de l'exercice financier ou à la date de l'admission de l'usager au programme demeure important : près de 15% de tous les dossiers. La récupération des sommes versées en trop demeure problématique.

Au niveau de la gestion interne, nous avons fait des modifications nous permettant maintenant d'admettre des usagers au programme à tous les 15 jours au lieu d'une fois par mois. Aussi, le programme ne compte aucun dossier en attente et les nouveaux dossiers admissibles et complets sont admis au programme sans délais.

Le programme comporte une certaine attrition en raison de la fragilité de l'état de santé des personnes couvertes : ainsi, les hospitalisations, hébergements ou décès contribuent à la réduction des réclamations. La négligence de certaines personnes qui perdent des pièces justificatives ou qui omettent de les soumettre représente une

autre fraction de l'écart observé entre les besoins identifiés et les besoins réels (réclamations soumises).

Enfin, certains enfants présentant un retard de développement bénéficient d'un entraînement à la propreté en cours d'année, ce qui diminue leur consommation totale.

Nous avons engagé plus de fonds que le budget le permet, comptant sur les facteurs énumérés ci-dessus pour normaliser la situation en cours d'année. En 2000-2001, nous avons engagé ainsi 115% du budget prévu alors que l'écart observé pour 1999-2000 se situait à -20 %.

Toutefois, nous notons que ce programme demeure méconnu de plusieurs intervenants du réseau et nous sommes persuadés que plusieurs usagers admissibles au programme ne reçoivent pas de subvention car aucune demande n'est faite.

De plus, les conseillers notent très peu d'implication au programme des professionnels ciblés dans le guide de gestion comme étant les mieux outillés pour faire ces demandes, soit les infirmiers (ères). Ceci se traduit par des demandes remplies par d'autres professionnels qui ne possèdent pas nécessairement l'expertise requise. Les conseillers ont donc beaucoup plus de démarches à faire avec ces intervenants pour les orienter quant aux produits et surtout au niveau des quantités demandées. Une lettre a été envoyée au début du nouvel exercice financier pour demander une plus grande implication des infirmiers (ères) dans ces demandes.

Dans ce domaine, comme dans tous les autres, il y a des nouveautés. Au cours de la dernière année, nous avons reçu plusieurs demandes pour un modèle de culotte d'incontinence de type «Pull-up». Toutefois, ce modèle se détaille à approximativement 1,70$/unité. Ceci nous a amené à réviser nos pratiques et à établir un seuil financier maximal par unité, soit un dollar par couche. De cette façon, nous pouvons, et serons en mesure dans le futur, de traiter le plus grand nombre de demandes possibles avec ce budget.

Plusieurs représentations ont été faites au MSSS dans le but de clarifier plusieurs problématiques, soit les déménagements interrégie au cours d'un exercice financier, les critères d'admissibilité au programme incluant les seuils minimaux de consommation et l'admissibilité des appareils à succion à ce programme. Les guides de gestion révisés doivent être publiés prochainement ainsi qu'une circulaire administrative inhérente aux déménagements interrégies. Par la suite, la Régie régionale de Montréal-Centre prévoit tenir une session d'information pour les intervenants sur les changements aux guides de gestion.

Des démarches ont été entreprises pour étudier la possibilité de procéder par achats de groupe. On note par ailleurs que certains CLSC de l'extérieur de notre territoire ont déjà adopté avec succès des mesures d'achat en commun. On mise sur cet effort de réduction des coûts pour permettre l'accessibilité à un plus grand nombre d'usagers.

Toutefois, nous sommes conscients que ce changement de pratique bouleversera les habitudes des usagers tant au plan financier que les relations avec leur fournisseur actuel. La planification et l'organisation de ce type d'approvisionnement s'effectuera en collaboration avec le ROPMM.

5. LES CHAUSSURES ORTHÉTIQUES

L'Institut de réadaptation de Montréal est fiduciaire du programme et fournit un bilan périodique à la Régie régionale.

Le service des aides technologiques de l'Institut de réadaptation de Montréal a pour mandat de dresser un bilan médical du bénéficiaire, pour évaluer la nature et le degré de sévérité de l'incapacité et pour identifier les moyens appropriés pour y remédier.

Le rôle de l'établissement fiduciaire consiste essentiellement à traiter les demandes de financement suite à l'évaluation et la recommandation effectuées par une équipe de professionnels dont les connaissances et la pratique permettent d'évaluer les incapacités à la marche en relation avec le port d'une chaussure orthétique. Cette équipe doit également avoir une vision intégrée en rapport avec d'autres services de réadaptation ou d'autres aides techniques.

Le fiduciaire doit s'assurer, dans le cadre de son mandat, que les chaussures attribuées le sont au meilleur rapport qualité-prix et dans le respect de l'enveloppe budgétaire.

5.1 LE GUIDE DE GESTION

La révision du guide de gestion, en décembre 1999, a permis d'élargir la couverture des aides par le programme pour couvrir, non seulement la chaussure orthétique moulée, mais aussi la chaussure spécialisée, les corrections ou compensations apportées à une chaussure commerciale.

Les règles énoncées dans le guide de gestion du programme de chaussures orthétiques portent essentiellement sur l'attribution de chaussures orthétiques visant une clientèle handicapée selon la définition donnée par la Loi sur l'exercice des droits des personnes handicapées. Ces personnes ayant une déficience physique permanente sont limitées dans l'accomplissement d'activités normales entraînant des incapacités sévères à très sévères et sont incapables de marcher sans l'aide d'une chaussure orthétique ou d'une orthèse adaptée à la chaussure.

5.1.1 Les modalités d'attribution

Pour faciliter la cueillette d'informations pour le suivi clinique de l'équipe multidisciplinaire contenue au dossier, trois formulaires, maintenant sont disponibles, afin de déterminer l'éligibilité de l'usager.

- Prescription – bilan médical
  Confirmation de la déficience par le médecin spécialiste

- Évaluation-recommandation
  Par un professionnel de la réadaptation, agréé par le conseil canadien de la certification des orthésistes prothésistes.

- Suivi post-attribution
  Complété par l'orthésiste.

5.2 L'ÉTAT DE SITUATION

5.2.1 Le portrait de la demande

Au cours de l'exercice financier 2000-2001, le programme a traité un total de 223 demandes provenant de 98 usagers; 4 demandes ont été refusées parce que les usagers n'étaient pas admissibles au programme; 1 demande a été annulée en cours de traitement.

5.2.2 Le portrait des aides fournies

CHAUSSURES ORTHÉTIQUES TYPES D'AIDES FOURNIES	
Souliers orthétiques	56
Bottes orthétiques	24
Bottillons	34
Couvre-chaussures	14
Sandales – chaussures spécialisées	7
Semelles plantaires	2
Réparation	1
Total	**138**

5.2.3 L'accès au programme

L'accès à des médecins spécialistes entraîne encore des délais importants, par contre, la situation devrait s'améliorer, car l'ajout d'une clinique spécialisée pour les usagers référés dans le but d'adhérer au programme «chaussures orthétiques» a été mis en place. La situation devrait se résorber dans les prochains mois.

L'accès au programme est limité aux résidents de l'Ile de Montréal qui habitent à domicile ou en ressource de type familial.

5.2.4 La situation financière

Le budget du programme est en situation d'équilibre.

Le coût total des 138 demandes remboursées par le fiduciaire au cours de l'exercice 2000-2001 se chiffre à 84 677.

CHAUSSURES ORTHÉTIQUES SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	107 163
Budget reçu de MSSS	164 028
Frais de gestion (note 1)	14 912
Budget disponible	149 116
Surplus (note 2)	41 953

Note 1)
Au cours de l'exercice financier 2000-2001, nous avons régularisé le versement des frais de gestion de l'exercice antérieur dû à l'établissement.

Note 2)
Les crédits disponibles au 31 mars 2001 de 51 353 $ ont été transférés au programme AVQ-AVD.

5.3 LA GESTION

En janvier 2001, les processus de gestion ont été révisés afin de dissocier l'évaluation globale de l'équipe multidisciplinaire et la décision d'octroyer l'aide financière pour l'attribution de l'appareillage orthétique. Un ergothérapeute a été nommé par le fiduciaire pour vérifier l'éligibilité de l'usager pour adhérer au programme de la chaussure orthétique.

La mise en application de la franchise de 75 $ pour chaque attribution de chaussures a soulevé beaucoup d'insatisfaction de la part des usagers.

Les frais de gestion alloués, soit 10 % du budget, couvrent difficilement les dépenses encourues pour la réponse téléphonique, le traitement du dossier, le suivi post-attribution, la production de rapports et le suivi du budgétaire.

Le partenaire principal du fiduciaire pour la conception de la chaussure orthétique est le programme des aides technologiques de l'Institut de réadaptation de Montréal.

Tel que mentionné l'an dernier, la sous-traitance de la fabrication des chaussures pose toujours problème.

A la lueur des compilations effectuées, pour le suivi post-attribution, les usagers sont généralement satisfaits de la qualité du produit, mais insatisfaits des délais de livraison.

Trois sous-traitants ont été retenus pour la fabrication, et ce, à partir du plan d'appareillage recommandé par l'équipe multidisciplinaire. Un délai d'attente d'environ 10 semaines a été évalué pour la livraison de la chaussure orthétique.

Le fiduciaire du programme est présentement en discussion avec son partenaire principal pour remédier à la situation. De nouveaux sous-traitants ont été ciblés et font présentement l'objet d'évaluation.

Au cours de l'exercice 2000-2001, le fiduciaire a mis en place un système d'information de gestion informatisé pour faciliter le traitement des données et de compiler les statistiques.

6. OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

Le Service régional de soins à domicile (SRSAD) est situé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et agit comme fiduciaire du programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie à domicile pour les personnes handicapées.

6.1 LE GUIDE DE GESTION

Le Cadre de référence pour les clientèles nécessitant de l'oxygénothérapie à domicile (révision mai 2000) ne comporte pas de chapitre spécifique faisant ressortir un but ou des principes de gestion, mais plusieurs d'entre eux sont disséminés dans le «Guide de gestion concernant l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour les personnes handicapées», version 1998. Nous croyons que ce guide de gestion doit être harmonisé rapidement avec le Cadre de référence, révisé mai 2000, afin de dissiper tout quiproquo et d'éliminer les ambiguïtés concernant les clientèles et type d'équipement admissibles au financement.

Au cours de l'année 2000-2001, le Service régional de soins à domicile (SRSAD) et la Régie régionale de Montréal-Centre ont continué à collaborer à l'arrimage de leurs pratiques et à ajuster les modalités de gestion du programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie à domicile pour les personnes handicapées.

6.1.1 Les modalités d'attribution

Les modalités sont définies dans le «Guide de gestion concernant l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour les personnes handicapées», version 1998.

6.2 L'ÉTAT DE SITUATION

6.2.1 Le portrait de la demande

Le SRSAD utilise présentement un progiciel de gestion pour l'ensemble de sa clientèle. Dans sa configuration actuelle, le progiciel ne permet pas d'isoler de façon spécifique les demandes relevant du programme sur l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour personnes handicapées.

Par ailleurs, les applications informatiques utilisées par la Régie régionale permettent d'identifier précisément la clientèle du programme et la nature de l'aide autorisée.

Le développement de la phase II du progiciel utilisé au SRSAD intégrera des applications permettant de distinguer spécifiquement les clientèles desservies.

Notons que le développement de la phase II est un préalable incontournable au transfert du volet administratif du programme sur l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour personnes handicapées au SRSAD.

OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE POUR PERSONNES HANDICAPÉES TRAITEMENT DES DEMANDES	
Acceptées	**953**
Annulées (en cours d'exercice)	**260**
Décès de l'usager	132
Hébergement de l'usager	54
Aide technique non requise	50
Déménagement hors territoire	11
Autres	13

6.2.2 *Le portrait des aides fournies*

Tout le parc d'équipement du SRSAD est informatisé et la base de données contient tous les détails nécessaires à sa gestion. La provenance des équipements ainsi que les sources de financement sont colligées pour chaque appareil. Le parc d'équipement du Service régional de soins à domicile se compose des appareils suivants :

PARC D'ÉQUIPEMENT DES THÉRAPIES RESPIRATOIRES* SERVICE RÉGIONAL DE SOINS À DOMICILE (SRSAD)		
ÉQUIPEMENTS	**1999-2000**	**2000-2001**
Concentrateurs d'oxygène	686	**707**
Compresseurs à « haute humidité »	12	**22**
Compresseurs	295	**411**
Chariots	110	**118**
Flutters	42	**72**
Humidificateurs chauffants	70	**74**
Humidificateurs froids	190	**225**
Appareils d'oxygène de déambulation	271	**451**
Régulateurs	858	**925**
Régulateurs doubles	5	**5**
Appareils à succion	16	**21**
Supports à cylindre	769	**794**
Ventilateurs (CPAP, BIPAP, etc.)	234	**272**
TOTAL	**3 558**	**4 097**
** Source : Service régional de soins à domicile – HMR*		

LES AIDES FOURNIES 2000-2001*		
ÉQUIPEMENTS	**1999-2000**	**2000-2001**
Concentrateurs d'oxygène	156	23
Compresseurs – haute humidité	59	8
Compresseurs - aérosol		108
Flutters	3	18
Humidificateurs chauffants	1	4
Appareils d'oxygène de déambulation	81	165
Régulateurs	173	29
Appareils à succion	8	7
Ventilateurs (CPAP, BIPAP, etc.)	6	16
Cylindres d'appoint	170	25
Cylindres de déambulation	3	3
Vibro-percuteur		
TOTAL	**662**	**406**
FOURNITURES		
Forfaits pour fournitures par catégories d'équipement	**1198**	**1600**
On notera qu'une demande peut viser plus d'un forfait		
* Source : Régie régionale de Montréal-Centre		

6.2.3. Le portrait de la clientèle desservie

La clientèle desservie par le programme de financement correspond à la partie de la clientèle du SRSAD qui répond à la définition d'une personne handicapée au sens de la Loi et aux critères d'admissibilité (diagnostics médicaux et équipements admissibles).

Au cours de l'exercice 2000-2001, le SRSAD a desservi 2282 usagers, tous programmes confondus, soit une augmentation de 464 usagers par opposition à l'an dernier. De ce nombre, 953 ont été admis au programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour personnes handicapées, ce qui représente 41,8% de l'ensemble de la clientèle.

Le SRSAD a donc desservi 25,5% d'usagers de plus que l'an passé et nous notons une diminution de 8,3% de la clientèle admise au programme pour l'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie pour personnes handicapées. Cette diminution s'explique en grande partie par la liste d'attente au 31 mars dernier de la clientèle présentant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil.

Oxygénothérapie – Volet récurrent * Répartition de la clientèle en fonction des groupes d'âges	
Enfants (3-17)	6
Adultes (18-64)	130
Personnes âgées (>65)	817
Total	**953**
Source : Régie régionale de Montréal-Centre	

Oxygénothérapie – Volet non récurrent * Répartition de la clientèle en fonction des groupes d'âges	
Enfants (3-17)	n/a
Adultes (18-64)	30
Personnes âgées (>65)	143
Total	**173**
Source : Régie régionale de Montréal-Centre	

6.2.4. *Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil*

Les problèmes reliés aux personnes présentant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, rapportés au bilan d'activités 1999-2000 demeurent entiers. Ils ne sont toujours pas admissibles au programme d'oxygénothérapie pour personnes handicapées (POH).

Les experts et spécialistes dans le traitement des maladies respiratoires considèrent que le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil est un handicap significatif et persistant. Toutefois, les équipements et fournitures reliés aux personnes présentant le syndrome susdit font toujours l'objet d'un moratoire de la part du MSSS.

Le cadre de gestion promis pour déterminer cette clientèle, les critères d'admissibilité et le modèle d'organisation des services tardent encore et apportent des problèmes de gestion et d'organisation des services sur le terrain.

Afin d'éliminer une partie de la liste d'attente pour cette clientèle, la Régie régionale de Montréal-Centre a autorisé un fonds spécial de 60 000 $ pour défrayer le coût d'achat de l'équipement. À la suite d'une évaluation de la capacité de payer des usagers, ceux-ci doivent financer eux-mêmes le coût annuel de renouvellement des fournitures après la première installation du traitement. Les fournitures médicales utilisées lors de l'installation initiale sont imputées au budget d'opération du SRSAD.

Dans l'éventualité où le moratoire est levé, le MSSS devra ajouter nécessairement les ressources financières conséquentes. Le défaut à l'ajustement budgétaire aura pour conséquence de simplement déplacer le problème vers la gestion d'une liste d'attente.

Au cours de l'année 2000-2001, le SRSAD a procédé à la révision et au resserrement de toutes ses procédures de gestion du parc d'équipements utilisé pour la ventilation nasale ainsi que des prêts et récupération des équipements et des évaluations financières des usagers.

Un processus d'évaluation de la fidélité thérapeutique a été élaboré par le SRSAD et validé par le directeur médical avec les pneumologues spécialistes en la matière de la région Montréal-Centre dans le but d'utiliser de façon optimale le parc d'équipement de ventilateurs à pression continue disponibles.

Malgré tous les efforts du SRSAD pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles, le SRSAD a dû établir une liste d'attente pour le prêt d'équipement et le suivi clinique de cette clientèle. Cette liste d'attente est gérée selon des critères de priorisation clinique et sociale.

Les facteurs qui conditionnent cette liste d'attente sont :

- Incapacité de payer l'équipement nécessaire par la grande majorité des usagers et parfois des fournitures annuelles.
- Insuffisance du parc d'équipements de ventilateurs, d'humidificateurs du SRSAD.
- Pénurie de personnel et surcharge de travail.
- Procédure d'évaluation financière de l'usager par la travailleuse sociale (chaque évaluation financière prend de 1 heure à 1 heure 15 minutes).
- Augmentation de la demande.

6.2.5. *L'accès au programme*

Le recours à une liste d'attente demeure toujours inapproprié selon la vision du SRSAD et constitue une voie de dernier recours que nous avons réussi à éviter jusqu'au 31 mars 2001 pour toutes les autres clientèles desservies (sauf pour la clientèle présentant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil). La pénurie du personnel soignant que connaît le réseau de la santé actuellement affecte le SRSAD qui malgré les efforts de consolidation des postes par affichage et de recrutement déployés manque d'inhalothérapeutes et d'infirmières. À cet égard, l'année 2001-2002 pourrait s'avérer difficile et une liste d'attente nous apparaît inévitable.

6.2.6. *L'oxygène de déambulation*

Au 31 mars 2001, nous dénombrons 451 appareils de déambulation en circulation.

Nos processus d'évaluations cliniques, des critères de priorisation, d'éligibilité et d'octroi des systèmes d'oxygène portatif ont fait l'objet d'une révision complète dans le but de rendre l'utilisation de ce type de thérapie conforme aux recommandations de l'Association des pneumologues de la Province de Québec. Cette révision a eu pour effet de retarder l'élimination de la liste d'attente notée au rapport d'activité

1999-2000 mais a l'avantage d'assurer une gestion rigoureuse et une utilisation clinique judicieuse de ce type d'équipement.

Une réévaluation des coûts reliés aux forfaits des cylindres d'oxygène de déambulation, basée sur l'expérience et une masse critique témoin, a permis de réajuster à la baisse l'engagement de dépenses récurrentes et de réaffecter à la clientèle qui présente des besoins vitaux, les économies réalisées.

Un effort continu d'informations des intervenants du réseau de la santé du territoire demeure nécessaire. Il arrive encore que des usagers mal informés s'attendent à recevoir tous les équipements et les fournitures gratuitement, sans évaluation, dès que le SRSAD reçoit une demande.

Le fait que le POH est le **dernier agent payeur** est mal connu dans le réseau et beaucoup d'intervenants, médecins, infirmières, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, ignorent par exemple, que les coûts des équipements de traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil ne sont pas couverts par l'ancien programme, sauf par le ministère de la Solidarité sociale. Quand l'usager atteint 65 ans et a recours au SRSAD, il découvre avec consternation qu'il n'a plus accès aux mêmes conditions d'octroi des fournitures et équipements.

Tous ces éléments constituent malheureusement des sources de conflits entre les intervenants et l'usager, interfèrent dans la relation thérapeutique et parfois même dans le traitement. En effet, certains usagers choisissent d'interrompre leur thérapie plutôt que de payer leurs fournitures.

6.2.7. La situation financière

Le budget autorisé par le MSSS pour l'exercice financier 2000-2001 se chiffre à 694 877 $. Il s'agit d'une reconduction du budget 1999-2000.

En 2000-2001, les autorisations d'engagements de fonds se répartissent comme suit :

Volet non récurrent (équipements) **284 597 $**
Volet récurrent (fournitures) **237 717 $**

Oxygénothérapie à domicile Situation financière *	
Engagement de fonds	**522 314 $**
Budget reçu du MSSS	**694 877 $**
Frais de gestion	**63 171 $**
Budget disponible	**631 706 $**
Surlus	**109 392 $**
** Source : Régie régionale de Montréal-Centre*	

Le programme dégage un surplus budgétaire. Nous vous référons au chapitre suivant pour mieux saisir la dynamique de gestion.

Le surplus a été réaffecté au programme AVQ-AVD afin de compenser le déficit de ce dernier.

6.3 LA GESTION

Le Service régional de soins à domicile situé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont assume le volet clinique et prépare des demandes de financement qui sont acheminées par le Réseau de télécommunications socio-sanitaires (RTSS) à la Régie régionale pour autorisation et traitement. La Régie régionale gère l'enveloppe budgétaire régionale, émet les autorisations d'engagements de fonds et traite les réclamations des fournisseurs.

Afin d'assurer une gestion efficace du budget et une réponse rapide aux demandes, le SRSAD a déterminé un montant forfaitaire par catégorie d'équipement pour couvrir le coût des fournitures nécessaires à leur utilisation.

Le montant du forfait d'oxygène de déambulation (fournitures et remplissage de cylindres) a été révisé à la baisse (de 1 607,32 $ à 500 $) pour la clientèle âgée, celle-ci étant plus sédentaire. Le forfait accordé aux personnes ayant de nombreuses activités à l'extérieur du domicile varie entre 1 200 $ et 2 200 $.

L'analyse des coûts réels en comparaison aux coûts engagés annualisés a permis de dégager des sommes et d'admettre plus d'usagers au programme et ainsi éliminer la liste d'attente pour l'oxygène de déambulation.

Au 31 mars 2001, les usagers bénéficiant d'une assurance privée dont l'équipement et les fournitures sont partiellement payés par leur assureur n'ont toujours pas bénéficié d'un financement pour la portion non payée par l'assureur.

Une méthode simple et souple reste à trouver pour donner suite au questionnement relié à cette situation : Paiement direct ? Remboursement à l'usager ? Propriété de l'équipement ? Récupération ?

La pénurie d'inhalothérapeutes a retardé le projet d'évaluation de la technologie de télésurveillance des équipements à domicile, mais le SRSAD a terminé l'élaboration de son protocole d'évaluation. La durée prévue du projet est de 6 mois et les résultats devraient être connus en 2001-2002.

En cours d'année, un comité ad hoc du SRSAD a élaboré un protocole d'évaluation des besoins en oxygène à l'effort et a révisé le processus de réévaluation des critères médicaux d'oxygénothérapie à long terme à domicile.

L'appel d'offres pour renouveler les ententes d'acquisition d'équipements et des fournitures auprès des fournisseurs aura lieu au début de l'exercice 2001-2002. L'appel d'offres comprendra, entre autres, des exigences reliées à la facturation afin d'alléger et de faciliter le traitement des réclamations.

La mise à niveau du parc d'équipements effectuée à la fin de l'exercice 1999-2000 par le remplacement d'une centaine de concentrateurs d'oxygène désuets a permis au SRSAD d'attribuer sans délais les équipements requis lors des nouvelles

admissions. Notons que nous avons financé le coût d'achat de 23 appareils au cours de l'exercice 2000-2001 comparativement à 153 appareils au cours de l'exercice précédent.

Nous avons également procédé à la mise à jour du parc d'équipements médicaux de thérapie, de diagnostic et de surveillance pour un investissement de 52 400 $. Cet investissement a permis le remplacement et l'ajout d'équipements tel que saturomètres, spiromètre, analyseur, tables de décrive, capteurs de CO et un polysomnographe.

7. LE FONDS DE SUPPLÉANCE RÉGIONAL

7.1 LE CADRE DE GESTION

Le fonds de suppléance est un fonds de crédits régionaux mis sur pied en 1984 dans le but de favoriser et de supporter le maintien ou le retour à domicile. On y retrouve un complément aux programmes AVQ-AVD et oxygénothérapie à domicile pour la clientèle non admissible aux programmes réservés aux personnes handicapées.

Le cadre de gestion comporte un critère tenant compte de la capacité de payer, en tout ou en partie, de l'usager. Il comporte également une limite inférieure de 100 $ et une limite supérieure de 3 000 $ par usager et exclut les demandes de nature récurrente, telles les fournitures pour les fonctions d'élimination.

7.2 L'ÉTAT DE SITUATION

7.2.1 Le portrait de la demande

FONDS DE SUPPLÉANCE TRAITEMENT DES DEMANDES	
Acceptées	**134**
Refusées	**20**
Usager non admissible	3
Prêt du CLSC	2
Autres	15
Annulées	**27**
Décès de l'usager	10
Pas de suivi de l'établissement	4
Aides techniques non requises	7
Autres	6

La sollicitation au fonds de suppléance a légèrement augmenté comparativement à l'an passé (augmentation de 11,7%).

Les demandes retenues provenaient en grande majorité (94,8%) des CLSC.

FONDS DE SUPPLÉANCE PROVENANCE DES DEMANDES	
CLSC	127
Centres hospitaliers	7
Total	**134**

Au cours des années qui ont précédé le transfert des programmes d'aide matérielle de l'OPHQ, la variation épisodique de la capacité de traitement de l'OPHQ se traduisait par une fluctuation de la demande au fonds régional de suppléance.

7.2.2 *Le portrait de la clientèle*

FONDS DE SUPPLÉANCE RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants	2
Adultes	57
Personnes âgées	75
Total	**134**

La représentation des différents groupes d'âge est similaire à l'an passé.

7.2.3 *Le portrait des aides fournies*

FONDS DE SUPPLÉANCE AIDES FOURNIES	
Aides utilisées dans la chambre à coucher	103
Aides utilisées dans la salle de bain	11
Équipement médicaux spécialisés	4
Divers et autres	10
Aide au transfert, à la posture et aux changements de position	4
Location appareil VAC + fournitures	8
Total	**140**

La représentation des aides pour la chambre à coucher a augmenté de 21,5% alors que celles des aides pour la salle de bain et les équipements médicaux ont diminué respectivement de 6,9% et 22,1%.

7.2.4 *L'accès au programme*

Le cadre de référence, révisé en 1991, met en évidence le caractère large des critères d'admissibilité. En fait, «toute personne pour qui l'équipement ou les fournitures sont nécessaires à son maintien à domicile» peut être considérée admissible. Avec le virage ambulatoire des dernières années, le retour à domicile s'est ajouté au maintien à domicile comme objectif poursuivi. Parmi les usagers de ce programme, on retrouve donc des personnes en convalescence, en soins palliatifs ou encore des personnes atteintes de troubles réversibles. En somme, tout usager qui n'est pas admissible au programme AVQ-AVD peut l'être au fonds de suppléance.

7.2.5 *La situation financière*

FONDS DE SUPPLÉANCE SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	205 839 $
Budget reçu de la Régie régionale	510 000 $
Frais de gestion	0 $
Budget disponible	510 000 $
Surplus	**304 161 $**

Le programme ne présente pas de dossiers en attente au 31 mars 2001.

Nous notons une augmentation des engagements de fonds de l'ordre de 83,7%. Ceci peut possiblement s'expliquer par le nombre grandissant de cas en soins palliatifs ainsi que la venue de nouvelles technologies. **Le surplus d'exploitation du fonds de suppléance a été transféré pour combler le déficit du programme AVQ-AVD en fin d'exercice dans un contexte de vision régionale.**

7.3 *LA GESTION*

Les conseillers observent que les intervenants du réseau ont de la difficulté à saisir les différences entre ce programme et AVQ-AVD. Ils questionnent régulièrement la pertinence d'inclure les données financières des usagers dans leurs demandes et demandent quels sont les seuils financiers maximaux pour être admissibles au programme. Les conseillers doivent donc, sur une base presqu'hebdomadaire, expliquer les différences entre les deux programmes aux intervenants. La Régie régionale de Montréal-Centre prévoit tenir une session d'information suite à la parution par le MSSS des guides de gestion révisés en AVQ-AVD et Élimination. Nous comptons saisir cette opportunité pour réponde aux questions relatives au fonds de suppléance.

Parmi les nouvelles technologies, notons entre autres l'appareil VAC (Vaccum Assisted Closure) qui a fait l'objet d'une étude non-scientifique par la Régie régionale. L'étude avait pour objectif de confirmer l'efficacité de l'équipement et à mesurer le potentiel d'économie. Cet appareil est publicisé comme pouvant accélérer le processus de guérison des plaies. L'étude comportait la location de cet appareil dispendieux ainsi que l'achat des matériaux requis pour le traitement des plaies.

Un rapport sur l'efficacité ainsi qu'une analyse de coûts reliés à l'utilisation des appareils VAC versus un traitement conventionnel a été demandé à tous les intervenants qui ont reçu des autorisations de location de ces appareils. Malheureusement, nous notons une très faible réponse (de l'ordre de 33%) à ces demandes.

Les conseillers devront au cours de la prochaine année prendre position sur l'admissibilité de ces appareils ainsi que la procédure qui en découlera. Le faible taux de réponse à notre étude non scientifique et le manque de collaboration de nos

partenaires sont décevants et rendent la décision encore plus difficile pour les conseillers.

Au cours de la dernière année, un projet-pilote sur les soins palliatifs a été mis sur pied au CLSC Notre-Dame-de-Grâce / Montréal-Ouest. Ce projet avait obtenu un budget pour l'acquisition d'aides techniques. L'absence de concertation et d'arrimage entre ces deux programmes a été difficile à gérer. Nous recevions des demandes de certains CLSC pour des gens en phase terminale, car ce projet ne finançait pas certaines aides techniques, à d'autres occasions, le projet ne pouvait pas assumer des locations à long terme. Nous croyons qu'une concertation entre agents payeurs et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux est primordiale pour assurer une saine gestion des fonds publics.

Finalement, considérant le fait que la clientèle en soins palliatifs ne cesse d'augmenter, la venue de nouvelles technologies onéreuses comme le VAC et le fait que la dernière révision du guide de gestion remonte à 1991, nous croyons qu'il serait primordial de procéder à une révision du guide de gestion du fonds régional de suppléance dans les plus brefs délais. Enfin, nous nous questionnons sur la pertinence de considérer la capacité de l'usager de défrayer les équipements en tout ou en partie dans les cas de soins palliatifs.

8. AIDES NON COUVERTES

8.1 LE CADRE DE GESTION

Le fonds désigné comme «Aides non couvertes» est destiné au suivi des dossiers acceptés par l'OPHQ mais qui ne répondent plus aux critères des guides de gestion. Il sert notamment pour le remplacement et la réparation de certaines aides accordées sous l'égide de l'OPHQ sans toutefois répondre aux critères actuels.

8.2 L'ÉTAT DE SITUATION

8.2.1 Le portrait de la demande

AIDES NON COUVERTES TRAITEMENT DES DEMANDES (À L'EXCLUSION DES RÉPARATIONS DE FAUTEUILS ROULANTS)	
Acceptées	**46**
Refusées	**1**
Annulées	**8**

AIDES NON COUVERTES PROVENANCE DES DEMANDES	
Centres de réadaptation	3
CLSC	22
Centres hospitaliers	2
Cliniques	19
Total	**46**

8.2.2 Le portrait de la clientèle

AIDES NON COUVERTES (À L'EXCLUSION DES RÉPARATIONS DE FAUTEUILS ROULANTS) RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN FONCTION DES GROUPES D'ÂGE	
Enfants	4
Adultes	20
Personnes âgées	22
Total	**46**

8.2.3 Le portrait des aides fournies

Le principal poste de dépenses de ce fonds sert aux réparations de fauteuils roulants accordés par l'OPHQ avant le transfert en octobre 1998. Comme les fauteuils roulants ne font pas partie de la liste des aides couvertes de nos programmes, le remplacement de ces fauteuils n'est pas envisageable. Nous assistons donc à une dépense importante en réparation pour des fauteuils de plus en plus désuets. Nous nous questionnons quant à la longévité de cette situation. Aussi, lorsque ces fauteuils roulants ne seront plus réparables, qu'adviendra-t-il de ces usagers qui auront bénéficié de l'usage d'un fauteuil roulant pendant nombre d'années ? La Régie régionale de Montréal-Centre a fait part de nos préoccupations au MSSS dans le but de le sensibiliser à cette problématique.

Une analyse détaillée des réparations effectuées depuis le transfert des programmes est en cours de réalisation. Cette analyse nous permettra de mieux saisir la problématique et d'identifier les paramètres à utiliser pour une meilleure gestion de ce volet d'activités.

AIDES NON COUVERTES AIDES FOURNIES	
Réparation de fauteuils roulants	201
Équipements médicaux spécialisés	2
TENS	14
Prothèse capillaire	20
Pompe et vêtement compressif	5
Autres	4
Total	**246**

8.2.4 L'accès au fonds

En l'absence de clarification de certaines règles d'attribution, certains types de demandes sont systématiquement mis en attente. Il s'agit notamment des climatiseurs et des prothèses capillaires. Au 31 mars 2001, nous comptions, en liste d'attente :

- 13 demandes de climatiseurs pour lesquels était prévu un montant forfaitaire de 450 $. 11 de ces demandes sont en attente depuis le 31 mars 1999 et 2 nouvelles demandes ont été inscrites au cours de l'exercice financier.
- 11 demandes de prothèses capillaires en attente de décision. Parmi ces 11 demandes, 9 sont en attente depuis le 31 mars 1999.
- Aucune demande de TENS, car tous ces dossiers ont pu être traités à la fin de l'année financière.

De plus, certains types de dossiers ont pu bénéficier de financement :

- 15 demandes à 1 380 $ de prothèses capillaires récurrentes transférées de l'OPHQ;
- 8 demandes de prothèses capillaires réadmises sur une base non récurrente.

8.2.5 La situation financière

Le programme comporte deux volets pour lesquels les sommes engagées sont respectivement de:

- Volet récurrent **12 706 $**
- Volet non récurrent **89 167 $**

AIDES NON COUVERTES SITUATION FINANCIÈRE	
Engagement de fonds	101 873 $
Budget reçu du MSSS	135 724 $
Frais de gestion	12 334 $
Budget disponible	123 385 $
Surplus	**21 512 $**

Les surplus ont été transférés au programme AVQ-AVD pour aider à combler l'important déficit.

8.3 LA GESTION

Rappelons que ce programme de financement ne comporte pas de guide de gestion. Les seules balises sont fournies par une lettre du MSSS en précisant les grandes orientations. La gestion du fonds bénéficie donc d'un certain pouvoir discrétionnaire et chaque dossier est étudié comme un cas d'espèce.

Suite à plusieurs demandes de clarification de certaines règles d'attribution, le Ministère a formé un groupe de travail pour étudier la pertinence de maintenir et de financer un tel programme. Les résultats de ces travaux sont attendus prochainement.

Selon l'information disponible à ce jour, le programme «Aides non couvertes» serait aboli et la plupart des aides techniques y figurant seraient annexées aux autres programmes déjà existants. (AVQ-AVD, fournitures d'élimination, etc.)

Le fonds désigné comme « Aides non couvertes » est destiné au suivi des dossiers acceptés par l'OPHQ mais qui ne répondent plus aux critères des guides de gestion.

Il sert notamment pour le remplacement et la réparation de certaines aides accordées sous l'égide de l'OPHQ sans toutefois répondre aux critères actuels.

9. INNOVATIONS 2000-2001

Au cours de l'exercice financier 2000-2001, trois projets innovateurs visant à doter les établissements d'outils de gestion conviviaux pour améliorer l'efficacité et la qualité des services ont été amorcés.

9.1 LOGICIEL DE GESTION DES INVENTAIRES DES AIDES TECHNIQUES ET DE PRÊTS D'ÉQUIPEMENTS.

Plusieurs établissements éprouvent des difficultés, faute de ressources et d'outils conviviaux, dans la gestion et le contrôle de l'inventaires des aides techniques en leur possession et les prêts d'équipements consentis aux usagers. Nous avons répertorié bon nombres d'applications disparates de type «maison», plus ou moins efficaces, en usage dans les établissements.

Pour permettre l'harmonisation des pratiques et doter les établissements d'un système de gestion informatique uniforme, un groupe de travail composé de représentants du regroupement des CLSC de l'Est de Montréal a été formé pour analyser la gamme des différents produits disponibles sur le marché.

Le choix du système de gestion informatique uniforme aux établissements s'est arrêté sur le «Module de prêt d'équipements» de Sogique. Ce logiciel de gestion d'aides techniques et de prêt d'équipements est relié au système d'information sur la clientèle SIC + et, prochainement, au répertoire électronique des aides techniques actuellement en cours de réalisation sous l'égide du CLSC Pierrefonds.

Le «Module de prêt d'équipements» de Sogique a été développé en Outaouais en 1999 pour certains CLSC dont le logiciel local ne pouvait pas assumer le passage à l'an 2000. La firme Sogique en a acheté les droits pour le Ministère de la santé et des services sociaux et le rend accessible sans frais à l'ensemble du réseau.

Afin d'être en mesure de l'utiliser adéquatement sur le territoire de Montréal, il a fallu que la Régie régionale de Montréal-Centre finance les coûts de la programmation de nouvelles applications et fonctions à ce logiciel, notamment en ce qui concerne la méthodologie de classification des aides techniques, l'harmonisation des lexiques et le développement des modules de télécommunication.

Le déploiement du logiciel nécessite une coordination serrée entre les différents partenaires associés à cette démarche : la firme Sogique, Guichet Santé, Technocentre de la Régie de Montréal, les établissements et les fournisseurs privés.

Présentement, 14 CLSC du territoire (regroupements des CLSC de l'Est et Centre-Est) s'activent à implanter le logiciel dans leur établissement.

9.2 *LA MISE EN COMMUN DES AIDES TECHNIQUES : UN PROJET SOUS-RÉGIONAL*

9.2.1 *Description sommaire du projet*

Sept CLSC de la région de Montréal Centre-Est soient les CLSC Des Faubourgs, La Petite Patrie, Métro, Parc Extension, Plateau Mont-Royal, St-Louis du Parc et Villeray ont mis en place un projet de gestion centralisée visant l'octroi rapide d'aides techniques aux usagers des programmes de soutien à domicile.

Ces CLSC ont confié à une entreprise externe sélectionnée à la suite d'un appel d'offres, la gestion de l'entreposage, de l'entretien régulier et préventif, de la désinfection et de la distribution de leurs parcs d'aides techniques.

Ce projet vise à expérimenter des solutions efficaces et économiques aux problèmes de financement d'aides techniques neuves en supportant la réattribution d'aides techniques revalorisées.

ORGANIGRAMME

RRSSSMC

⇩

DIRECTEUR GÉNÉRAL

⇩

COMITÉ DE GESTION CENTRALISÉE

⇩

RESPONSABLE DE LA GESTION DU PROJET

⇩

CHARGÉE DE PROJET

⇩

FOURNISSEUR PRIVÉ (Maison André Viger Inc.)

9.2.2 *Rôle et responsabilités*

RRSSSMC : Instance qui supporte et oriente l'ensemble du projet.

Directeur général d'un CLSC: Coordonne les prises de décisions avec les six autres directeurs généraux concernant l'aspect financier du projet (cahier de charges, contrats et négociations avec le fournisseur).

Comité de gestion centralisée : Les 15 membres du comité (les sept directrices des programmes de soutien à domicile et sept ergothérapeutes responsables de l'implantation du projet dans leur CLSC respectif plus la chargée de projet) prennent ensemble toutes les décisions inhérentes au projet. Les réunions sont animées par la responsable de la gestion du projet.

Responsable de la gestion du projet: Un gestionnaire d'un programme de soutien à domicile gère l'ensemble du projet : il supervise et encadre le travail du chargé de projet et est en lien avec les six autres gestionnaires de programmes de soutien à domicile.

Chargée de projet : Elabore et coordonne toutes les procédures nécessaires au déroulement du projet avec les responsables de secteur des sept CLSC et le fournisseur.

Le fournisseur : Doit offrir un service de qualité aux usagers et aux intervenants des sept CLSC.

9.2.3 *La philosophie à la base du projet*

Les principes suivants sont la base de la concertation entre les CLSC :

- Chaque CLSC demeure propriétaire de ses aides techniques
- Lieu d'entreposage commun aux sept CLSC participants
- Prêts entre les CLSC participants, au besoin
- Système de gestion informatique commun
- Uniformisation de la tarification

Chaque CLSC nomme une personne responsable pour chacun des secteurs suivants :

- Gestionnaire du programme de soutien à domicile
- Ergothérapeute responsable de l'implantation des différentes étapes du projet
- Commis responsable de la gestion du parc des aides techniques
- Pilote informatique

Les principes de gratuité, d'universalité et d'accessibilité sont prônés pour les usagers des CLSC.

9.2.4 *Avenir du projet*

Le projet qui est en cours actuellement continue d'évoluer. Il n'y a pas pour l'instant de prêts inter-CLSC. Il reste encore plusieurs étapes à développer, à savoir :

- Mise en place d'un mécanisme de prêts inter-CLSC entre les sept CLSC participants.

- Implantation du réseau informatique entre les sept CLSC et le fournisseur (banc d'essai, sites pilotes, etc.).

- Collaboration avec le CLSC de Pierrefonds pour l'ajout de nouvelles fiches au dictionnaire d'aides techniques .

- Établir un système de contrôle de qualité.

- L'évaluation quantitative et qualitative du projet au 31 mars 2002.

- Il y aura possibilité éventuellement d'expérimenter une mise en commun des aides techniques des sept CLSC en une banque commune avec une décentralisation des budgets de la Régie régionale de Montréal-Centre pour l'achat d'aides techniques neuves.

Il importe de souligner qu'un deuxième regroupement de CLSC du territoire Est de Montréal (CLSC Montréal-Nord, Rivière-des-Prairies, Rosemont, St-Léonard, Mercier-Est / Anjou, Olivier-Guimond et Hochelaga-Maisonneuve) œuvre également dans un projet similaire. Ce regroupement a été le premier à expérimenter cette approche de gestion et a permis d'établir les balises nécessaires à la mise en œuvre de ce modèle de gestion. Notons que ce regroupement a été le principal collaborateur dans le choix du logiciel de gestion des inventaires des aides techniques et de prêts d'équipements. D'ailleurs, les bancs d'essai, suite aux améliorations apportées au logiciel, s'effectuent dans plusieurs établissements de ce regroupement.

Les deux regroupements de CLSC (Centre-Est et Est) travaillent en étroite collaboration et se partagent les services du chargé de projet.

9.3. *Répertoires électroniques des aides techniques*

Suite à l'octroi d'une subvention de la Régie régionale de Montréal-Centre, dans le cadre de la modernisation des infrastructures, les activités reliées au déploiement du «*Répertoire électronique des aides techniques*» sont en cours de réalisation.

En effet, 22 CLSC de la région métropolitaine ont bénéficié de la formation offerte par le CLSC Pierrefonds pour l'utilisation des deux sites Web - «*Répertoire des aides techniques*» et «*Peuplement*». Le site «*Peuplement*» permet aux divers CLSC participants de bonifier le «*Répertoire des aides techniques*» par l'inscription de nouvelles fiches techniques qui seront validées par un comité composé d'ergothérapeutes œuvrant en CLSC. Deux représentants des CLSC regroupés en sous-région sont déjà nommés au comité de validation.

L'hébergement des serveurs au technocentre de Montréal des deux sites Web devrait être finalisé au cours de l'été.

Rappelons que le site «*Répertoire des aides techniques*» est un outil informatisé (accessible avec un navigateur Internet Explorer de préférence) mis à la disposition de tous les CLSC de la région montréalaise pour fin de consultation tant par les professionnels de la santé que les autres intervenants impliqués par la gestion du prêt d'équipement.

Cet outil convivial regroupe des informations cliniques et techniques pour optimiser l'utilisation adéquate des aides techniques envers une clientèle en situation d'incapacités temporaires ou permanentes et pour laquelle l'ajout d'une aide technique permet de compenser cette incapacité.

Il permet d'améliorer la gestion des prêts d'équipement en dotant toutes les personnes impliquées dans ce processus d'un langage commun et d'une nomenclature claire et adaptée à la réalité des CLSC.

Il favorise la mise en commun d'inventaire d'équipements par une uniformisation et une standardisation de l'identification des aides techniques en un même lieu de consultation.

L'arrimage du site «*Répertoire des aides techniques*» avec le logiciel « Module de prêt d'équipements » de Sogique est souhaitable mais non une condition essentielle à son utilisation.

Selon les applications utilisées (Excel, Accès, prêt d'équipement) par les CLSC de la région montréalaise, il est possible de les utiliser simultanément.

Le but du «*Répertoire des aides techniques*» vise à rendre les communications plus efficaces et faciliter l'échange entre les divers intervenants du réseau – services du secteur clinique et du secteur administratif ainsi qu'entre les divers partenaires du secteur privé (firme d'entreposage) et du secteur public (regroupement de CLSC) interpellés dans la gestion du prêt d'équipement.

10. ANALYSE DES PROGRAMMES

10.1 L'ACCÈS AU FINANCEMENT

La phraséologie actuelle des différents guides de gestion laisse beaucoup de place à l'interprétation surtout en termes d'admissibilité de certains types de clientèle. La Régie régionale s'est positionnée face à ces ambiguïtés toutefois, il en demeure une certaine méconnaissance chez certains intervenants. La définition de la personne handicapée doit être précisée dans le but de clarifier ces ambiguïtés. Les travaux de révision des différents guides de gestion auxquels la Régie a participé nous laissent confiants de voir ces clarifications dans les guides révisés.

Aussi, nous croyons que la capacité de l'usager de défrayer l'équipement en tout ou en partie, critère qui est évalué dans le fonds de suppléance régional, doit être révisé et complètement retiré pour la clientèle en soins palliatifs.

10.2 L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Les guides de gestion des programmes d'aides à la vie domestique et à la vie quotidienne ainsi que de fournitures d'élimination énoncent une série d'objectifs.

10.2.1 Améliorer les services d'attribution et de distribution

Nous croyons que la mise en place d'une banque d'équipements régionale ainsi que d'un projet-pilote de mise en commun des inventaires de plusieurs CLSC contribuent à la valorisation du parc d'équipement. Il n'en demeure pas moins que certains usagers peuvent attendre plusieurs mois avant d'obtenir le financement de leurs aides techniques lorsque celles-ci sont jugées «non-prioritaires». Toutefois, cette situation ne pourra être réglée qu'avec une bonification importante des budgets obtenus du MSSS.

10.2.2 Harmoniser l'attribution et la distribution

Nous croyons que la gestion centralisée des programmes permet d'assurer l'équité dans le traitement des demandes autant au niveau de l'admissibilité des usagers que de la gestion du degré de priorisation des demandes. Ainsi, toutes les demandes d'aides techniques ou de fournitures pour tous les résidents de la région de Montréal répondant à la définition de personnes handicapées sont toujours traitées selon les mêmes critères.

10.2.3 Offrir une meilleure réponse aux personnes

Au 31 mars 2000, aucun des programmes ne présentait de liste d'attente.

10.2.4 *Simplifier les procédures administratives pour la clientèle et les intervenants*

- Au moment du transfert des programmes, la Régie régionale a créé un formulaire unique pour trois de nos programmes, soit aides techniques AVQ-AVD, fournitures d'élimination et fonds de suppléance régional. L'impact en est sûrement un de simplification des procédures administratives pour les intervenants.

- La gestion centralisée doit aussi contribuer à une compréhension simplifiée des programmes de la part de la clientèle, car toutes les demandes d'information peuvent être orientées au même endroit.

- L'arrimage avec d'autres programmes étatiques comme le programme de Logements Adaptés pour Aînés Autonomes (LAAA), le programme d'Adaptation Domiciliaire et la Sécurité du revenu demeure problématique et implique l'envoi de plusieurs demandes à différents endroits de la part des intervenants.

- Une gestion centralisée implique néanmoins une étape administrative additionnelle dans le traitement des demandes.

10.2.5 *Offrir au MSSS et aux organismes concernés un portrait de la situation*

- La base de données régionale est en mesure de fournir les données requises.

- Le présent bilan fournit aux divers interlocuteurs un état de situation régional.